

Kontinuitet

- En kvantitativ studie om kontinuitet i mötet mellan ansvarig sjuksköterska och patient inom två olika kirurgiska organisationer

Författare:	Maud Davidsson Åsa Tengdahl Tallheden
Program/KURS:	OM5350, Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård, VT2015
OMFATTNING:	15 högskolepoäng
HANDLEDARE:	Lars-Eric Olsson
EXAMINATOR:	Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk):	Kontinuitet – En kvantitativ studie om kontinuitet i mötet mellan ansvarig sjuksköterska och patient inom två olika kirurgiska organisationer.
Title (engelsk):	Continuity – A quantitative study regarding continuity in the meeting between nurse and patient in two different surgical organizations.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inom Kirurgisk Omvårdnad, 60 hp.
Kursbeteckning:	OM5350
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26
Författare:	Maud Davidsson och Åsa Tengdahl Tallheden
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har under de senaste decennierna förändrats och patienterna har idag kortare vårdtider och färre vårdplatser erbjuds samtidigt som antalet personer i vården ökat. Det här har medfört nya typer av vårdavdelningar såsom veckovård eller akutvårdsavdelningar. Den här förändringen har medfört att fokus har flyttats från patienten till organisationen vilket resulterar i att vården blivit fragmenterad. Vården måste vara sammanhängande och enhetlig för patienten ska uppleva att det finns tid för möten. Kontinuitet är grunden för att sjukvården ska kunna etablera en god kontakt med patienter som söker vård. En god relation bygger på det mänskliga mötet och där läggs grunden för att få en aktiv och deltagande patient, vilket den nya patientlagen eftersträvar och ger patienten mandat för. En aktiv och deltagande patient ger också en mer patientsäker och personcentrerad vård.

Syfte

Studien undersöker kontinuiteten mellan patient och patientansvarig sjuksköterska inom två olika kirurgiska organisationer.

Metod

En kvantitativ, retrospektiv journalgranskning.

Resultat

För att kunna jämföra vårdtillfällen mellan de två kirurgiska organisationernas olika långa vårdtider konstruerades kontinuitetsfaktorn. Kontinuitetsfaktorn är antalet patientansvariga sjuksköterskor som patienten möter dividerat med antalet arbetspass under vårdtillfället. Vårdenhet Ortopedi (Ort) hade en bättre kontinuitet än vårdenheten för kirurgisk akutvård (KAVA). Vårdenhet Ort låg på den bättre halvan av kontinuitetsintervallet och Vårdenhet KAVA precis på gränsen. Endast ett av hundra granskade vårdtillfällen hade optimal kontinuitet i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient.

Diskussion

Även om de två undersökta kirurgiska organisationerna uppvisade kontinuitetsfaktorvärden som låg inom den bättre halvan av kontinuitetsintervallet eller precis på gränsen mellan bättre och sämre kontinuitet så anser vi att det finns utrymme för förbättringar. Många förbättringar skulle kunna genomföras med relativt enkla medel som till exempel att minimera antalet enkelarbetspass för patientansvarig sjuksköterska hos en given patient.

Nyckelord Kontinuitet, omvårdnadskontinuitet, sjuksköterska – patient relation, patient deltagande, förvaltningskontinuitet, informationskontinuitet, relationskontinuitet, personcentrerad vård

ABSTRACT

Background

Swedish Healthcare has changed during the last decades and today patients have shorter length of stay in hospitals and hospital beds have decreased at the same time as the number of healthcare workers have increased. New types of hospital wards have emerged like for example weekly wards and acute hospital wards. This has changed focus from the patient to the organization which makes care fragmented. Healthcare needs to be coherent and homogenous so that patients can experience that there is time for meetings. The foundation of continuity in healthcare is to establish a good relationship with patients seeking care. A good relationship is based on the human encounter and leads to an active and participating patient. This is what the new law for patient aims at and give patients mandate for. An active and participating patient results in a more safe and personcentered care.

Purpose

The study examines the continuity between patient and responsible nurse in two surgical organizations.

Method

A quantitative, retrospective review of medical journals.

Results

To be able to compare length of stays in hospital between the two surgical organizations a continuity factor was constructed. The Continuity factor consists of the number of nurses the patient meets divided with the number of work shifts during the length of stays. The Orthopedic ward (Ort) showed better continuity than the ward for acute surgical care (KAVA). Ward Ort was situated on the better half of the continuity interval and Ward KAVA was situated on the limit between better and worse continuity. Only one out of a hundred examined lengths of stays showed optimal continuity in the meeting between nurse and patient.

Discussion

Even though the two examined surgical organizations showed a value of continuity factor that was situated on the better half of the continuity interval or just on the limit between better and worse continuity we think there is room for improvements. Many improvements could be done with relatively simple contributions, like for example to minimize the number of single work shifts for nurses assigned to a patient.

Keywords

Continuity, continuity of care, nurse–patient relationship, patient participation, management continuity, informational continuity, relational continuity, person–centered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
CENTRALA BEGREPP	2
Kontinuitet	2
Kontinuitet inom vårdverksamhet	3
Empowerment	3
TIDIGARE FORSKNING	4
Patientens syn på kontinuitet	4
Sjuksköterskors syn på kontinuitet	5
Kontinuitet i och mellan vårdkontakter och vårdinstanser	5
Kontinuitet mellan vårdare och patient	5
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	7
URVAL	7
Inklusionskriterier	7
Exklusionskriterier	7
Vårdorganisation och studiemiljö	7
<u>Vårdenhet ortopedi (Ort)</u>	8
<u>Vårdenhet kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA)</u>	8
DATAINSAMLING	8
DATAANALYS	8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
Kontinuitetsfaktor	12
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15

RESULTATDISKUSSION	16
Konsekvenser av låg kontinuitet för patienter	17
Konsekvenser av låg kontinuitet för sjuksköterskor	18
Kontinuitet i och mellan vårdkontakter och vårdinstanser	18
Kontinuitet mellan vårdare och patient	18
SLUTSATS	19
REFERENSER	21
BILAGOR	25
1. Granskningsprotokoll	25

INTRODUKTION

INLEDNING

Patientens roll i hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna förändrats. Det traditionella paternalistiska systemet har kompletterats med en förväntan att patienten skall förstå och ta ansvar för sin vård (Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos 2005a). Förutsättningen för patientens delaktighet är en inbjudan att delta i sin egen vård och skapa en förtroendefull relation med vårdgivaren (Socialstyrelsen, 2012). Sjuksköterskans bristande förståelse för en förtroendefull relation kan medföra att patienten inte känner sig bekräftad eller kränkt. Bristande kontinuitet mellan patient och sjuksköterska kan vara en orsak till att den viktiga relationen uteblir (Sahlsten, 2007). Inom slutenvården har ingen studie om kontinuitet i mötet mellan sjuksköterska och patient återfunnits.

BAKGRUND

Sedan 1960-talet har sjukvården blivit mer specialiserad och från 1980-talet övergår vården i en mer decentraliserad och marknadsmässig organisation. Organisationsförändringarna har eskalerat och flertalet landsting har befunnit sig i en mer eller mindre permanent förändringsprocess sedan 1980-talet (Axelsson, 2000). De senaste decennierna har utvecklingen av vården lett till kortare vårdtider och färre vårdplatser samtidigt som antalet sjuksköterskor och läkare ökat markant (Socialstyrelsen, 2009a). I den alltmer specialiserade vården har nya typer av vårdavdelningar utvecklats. Inom det kirurgiska området finns numera kirurgiska akutvårdsavdelningar (KAVA) som har begränsat vårdtiden till tre dygn. Inom den tiden skall patienten skrivas ut eller flyttas till annan vårdavdelning. Inom ortopedin har särskilda avdelningar för planerad vård som bara är öppna under vardagar införts. KAVA och planerade veckoavdelningar skiljer sig från traditionella vårdavdelningar på olika sätt, framför allt genom den minskade eller borttagna flexibiliteten av vårdtidens längd. Genom införandet av nya arbetssätt har fokus flyttats från patienten till organisationen. Om inte vårdtiden hålls faller organisationen. Carlström och Olsson (2014) nämner att svensk hälso- och sjukvårds intresse hittills har legat mer på att utveckla standardiserade vårdplaner och processer än att införa patientorienterade omvårdnadsmodeller. Ekman, Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Brink,... Stibrant Sunnerhagen (2011) beskriver en metod om att återinföra patienten i centrum för vården, vilket är att arbeta personcentrerat. För att systematiskt och konsekvent utföra personcentrerad vård måste hälso- och sjukvården fastställa rutiner som dagligen initierar, integrerar och garanterar personcentrerat arbetssätt. Gallant, Beaulieu & Carnevale (2002) hävdar att sjuksköterskor och patienter bör arbeta tillsammans i ett partnerskap vilket

växt fram ur demokratiska tankar kring att tydliggöra och värdera grundläggande mänskliga rättigheter i sjukvårdsrelationer. De har sitt ursprung från Förenta Nationernas deklaration om mänskliga rättigheter och består av principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (Förenade Nationerna, 1948).

En sammanställning av 2014 års redovisning från Västra Götalandsregionens patientnämnder beskriver att patienterna upplever brister i kommunikation mellan vårdgivare i vårdkedjan. Patienterna upplever svårigheter att få en fast vårdkontakt och brist i kontinuitet i mötet med läkare (Västra Götalandsregionen, 2014). Hälso- och sjukvården måste förändras i grunden där kontinuitet och entydighet i kontakter och information med vården bidrar till ökad trygghet för patienten (Socialstyrelsen, 2012). Den nya Patientlagen stärker och tydliggör patientens ställning, främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (SFS 2014:821). Patientdelaktighet handlar om att som patient vara delaktig i allt som rör den egna vården (Sahlsten, 2007). Om förändring uteblir står hälso- och sjukvården inför ett gigantiskt etiskt dilemma där patienter inte görs delaktiga och inte kan medverka i sin egen vård och behandling. Resultatet blir en försämring av patientsäkerheten. Socialstyrelsen (2012) påtalar att vårdgivare är skyldiga att informera och göra patienten delaktig. Kommunikationen mellan patient och vårdgivare måste få ta sin tid och ses över tid. Informationen behöver fyllas på, förtydligas, upprepas och följas upp under hela vårdprocessen. Kommunikationen möjliggörs genom kontinuitet i mötet mellan patient och sjuksköterska och behöver studeras.

CENTRALA BEGREPP

Kontinuitet

Enligt Nationalencyklopedin (2015) härstammar ordet kontinuitet från latinets *continuus* och franskans *continuité* och betyder sammanhängande oavbruten eller ett fortlöpande sammanhang över en längre tidsperiod. Svenska akademiens ordlista (2015) beskriver ordet kontinuitet som oavbrutet sammanhang. Många omvårdnads teoretiker berättar om relationen mellan sjuksköterska och patient och vikten av kontinuitet. Några exempel är Joyce Travelbee, (Travelbee, 2001), Jean Watson (Watson, 1993) och Katie Eriksson (Eriksson, 2004).

Kontinuitet inom vårdverksamhet

Inom sjukvården finns olika typer av kontinuitet som kan delas in i *management continuity*, *informational continuity* och *relational continuity* (i föreliggande studie kallad för förvaltningskontinuitet, informationskontinuitet och relationskontinuitet) (Haggerty et al. 2003). Både Haggerty et al. (2003) och van Servellen, Fongwa och D'Errico (2006) beskriver att förvaltnings- och informationskontinuitet är mest studerat medan relationskontinuitet inte är lika väl utforskat.

Förvaltningskontinuitet är speciellt viktigt vid kroniska och komplexa sjukdomar som behöver handhas av olika vårdgivare. Förvaltningskontinuitet handlar om att ge en sammanhängande vård, given på rätt plats och i rätt tid. Delade förvaltningsplaner och omvårdnadsprotokoll underlättar förvaltningskontinuiteten och ger en känsla av förutsägbarhet och säkerhet i den framtida vården, både för patienten och vårdgivaren (Haggerty et al. 2003). Exempelvis studerar Larsson, et al. (2011) vad patienterna upplevde som brister i förvaltningskontinuiteten. Sahlsten et al. (2005b) undersökte sjuksköterskors uppfattning om brister i förvaltningskontinuitet där det framkom att sjuksköterskors scheman var ett hinder som bidrog till minskad kontinuitet.

Informationskontinuitet är den röda tråd som binder samman vården från en vårdgivare till en annan och från ett vårdtillfälle till ett annat. Informationen kan vara sjukdoms- eller personfokuserad (Haggerty et al. 2003). Två exempel på informationskontinuitet mellan slutenvård och kommun är Carlsson et al. (2011) som beskriver bristande informationsöverföring och Ulin et al. (2015) som beskriver lyckad informationsöverföring.

Relationskontinuitet beskriver Gallant et al. (2002) som ett partnerskap mellan två eller flera personer som arbetar tillsammans mot ett gemensamt uppsatt mål. Haggerty et al. (2003) anser att relationskontinuitet överlappar inte bara gamla vårdtillfällen med nuvarande utan bygger en bro till den framtida vården. Exempel på studier om relationskontinuitet är Dalhberg och Aune (2013) och Gjevjon et al. (2013). Mest omtalade nyttan av partnerskapet är att patienten uppnår "empowerment" (Gallant et al. 2002).

Empowerment

Nationalencyklopedin (2015) konstaterar att *empowerment* kommer från engelskans ord *power* som betyder makt, förmåga och kraft. Bra svensk översättning saknas därför behålls det engelska ordet i föreliggande studie. Empowerment är patientens ökade förmåga att agera för sin egen räkning genom en känsla av kontroll, upplevd självförmåga, självkänsla, kompetens och självförtroende (Roberts, Krouse & Michaud, 1995 & Courtney, Ballard, Fauver, Gariota & Holland, 1996). Patienten uppnår empowerment genom en

utvecklande process där varje partnerskap, när ny kunskap och färdighet har uppnåtts, leder till att patienten uppnår en deltagande kompetens och som vidare utvecklar patientens känsla av makt och förmåga (Kieffer, 1984). Exempel där relationskontinuitet ger patienten, partnern och hela familjen empowerment är Dahlbergs och Aunes (2013) studie.

TIDIGARE FORSKNING

Vården måste vara sammanhängande och enhetlig för att patienten ska uppleva att det finns tid för möten med vårdpersonalen och att kontinuitet existerar i vården (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry 2003). Luker, Austin, Caress och Hallett (2000) anser att etableringen av en god relation mellan vårdare och patient kräver en kontinuitet i mötet mellan parterna. Strategier för att underlätta relationen mellan patienten och sjuksköterskan är att tidigt etablera kontakt, att agera på ett vänligt sätt och att begränsa antalet sjuksköterskor som är involverade i patienten för att maximera kontinuiteten i vården (Luker et al. 2000).

Patientens syn på kontinuitet

Det finns forskning om hur patienten ser på kontinuiteten i vården. Larsson (2008) påpekar att delaktighet och kontinuitet hindras när patienten möter nya ansikten hela tiden. Bristande kontinuitet leder till att det saknas en relation med en egen sjuksköterska och att det saknas tillräckliga möjligheter till samtal. Larsson, Sahlsten, Segesten och Plos (2011) undersökte vad patienterna upplevde som hinder för att aktivt delta i planeringen av vården. Brister framkom i hur avdelningarna var utformade. Att patienterna fick träffa alldeles för många olika sjuksköterskor, att de saknade en fast kontakt och att de upplevde att informationsöverföringen mellan personalen inte fungerade fick till följd att alla arbetade på sitt eget sätt och att vårdplanen var otydlig. Kiessling och Kjellgrens (2004) forskning om patienters upplevelse av kontinuitet i vården visar att patienter vill känna kontroll över när saker och ting görs, men också att bevaka att saker och ting görs när de ska göras. Lafferty, Rankin, Duffy, Kearney, Doherty, McMenemy och Coates (2011) betonar i en studie om kontinuitet i vården för kvinnor med bröstcancer, att kvinnorna anser att kontinuitet är att få rätt vård, i rätt tid kontinuerligt under alla olika faser av sin sjukdom. Kiessling och Kjellgren (2004) konstaterar att när den goda relationen uppstår så leder den till att patienten känner sig mer nöjd med sin vård, känner sig mer delaktig, känner att vården är mer personlig, känner sig informerad och känner att sjuksköterskan är intresserad och insatt i situationen. Resultatet leder till bättre följsamhet till ordinationer och bättre behandlingsresultat.

Sjuksköterskors syn på kontinuitet

Andra studier undersöker hur sjuksköterskor ser på kontinuitet. En studie av Sahlsten, Larsson, Plos och Lindencrona (2005b) visar att sjuksköterskors scheman är ett hinder som bidrar till att minska den viktiga kontinuiteten för att goda relationer ska etableras. Dahlberg och Aune (2013) hävdar att relationskontinuitet och kvaliteten på relationen är nyckelfaktorer för den gravida kvinnans positiva havandeskap. Barnmorskornas kunskap om betydelsen av relationskontinuiteten i studien tenderar att stärka möjligheten till en ömsesidig kvalitet i relationen. Lafferty et al. (2011) menar att hälso- och sjukvårdspersonal upplever vikten av god kommunikation och överföring av information inom det multidisciplinära teamet och med patienter som viktigt för att ge kontinuitet i vården av kvinnor med bröstcancer.

Kontinuitet i och mellan vårdkontakter och vårdinstanser

Carlsson, Ehnfors, Eldh och Ehrenberg (2011) studerar hur vården hänger samman, ges i rätt tid och på rätt plats och att informationen om patienten delas och överförs mellan olika vårdgivare. Studien visar att informationen mellan sjukhus och kommunsjukvård är bristfällig när det handlar om utskrivningsinformation för patienter med ätsvårigheter efter att ha fått stroke. Ulin, Olsson, Wolf och Ekman (2015) granskade hur en grupp patienter med hjärtsvikt behandlades enligt konceptet för personcentrerad vård. Forskningen resulterade i en förbättrad utskrivningsprocess och informationsöverföring. Redan vid ankomst förutsågs vilka patienter som skulle vara i behov av vård från den kommunala hemsjukvården efter utskrivning från sjukhuset och därför initierades direkt planering med kommunen.

Kontinuitet mellan vårdare och patient

Studier om kontinuiteten mellan vårdare och patient finns främst inom områdena primärvård och psykiatri. Ett exempel från primärvården är en studie av Pandhi, Schumacher, Flynn och Smith (2008) i vilken relationen mellan primärvårdsläkaren och patienten undersöktes och om känslan av otrygghet skulle öka hos patienten om hen var tvungen att byta läkare. Studien visade att 12 procent av patienterna skulle känna sig otrygga av att byta primärvårdsläkare. I en tidig studie från psykiatri diskuteras Bernstein och Zander (1981) en modell för personcentrerad vård för akut psykiskt sjuka patienter. Den personcentrerade vårdmodellen gjorde att den behandlande personalen kunde följa patienten genom hela behandlingsprogrammet. Patienterna mådde bättre och personalen kände större arbetstillfredsställelse och växte i sin profession. Haggerty et al. (2003) påstår att i psykiatri handlar det mer om kontinuitet i relationen

mellan vårdteamet och patienten än en relation mellan två personer. Kontinuitet i relationen mellan sjuksköterska och patient är mindre utforskad. Det finns dock studier om barnmorskors kontinuitet i relationen med den gravida kvinnan. Ett exempel är Dalhberg och Aune (2013) som beskriver gravida kvinnors pågående relation med en barnmorskestudent under hela sin graviditet, förlossning och eftervård. Resultaten visar både nöjdare mammor med partners såväl som blivande barnmorskor som växte i sin profession. Studier som mäter hur många sjuksköterskor en patient möter i sin vård är mycket sällsynta. En studie av Gjevjon, Eika, Romøren och Landmark (2013) beskriver hur många sjuksköterskor patienter i norsk hemsjukvård möter. En så låg grad av kontinuitet upptäcktes att resultatet kallades för diskontinuitet men med potential för förbättring. Inom slutenvården har ingen liknande studie återfunnits.

Problemformulering

Sjukvården har under de senaste decennierna förändrats och blivit mer och mer specialiserad. Olika typer av specialiserade vårdavdelningar har växt fram för att öka produktionen, få bättre och större ekonomiska resultat. Under samma tid har antal vårdplatser och vårdtider minskat samtidigt som vårdpersonalen ökat i antal. Vården har genom utvecklingen blivit intensivare eftersom lika mycket arbete skall göras men på kortare tid. En komplicerande faktor är att patienten förväntas ta ett större egenansvar vilket ökar kraven på ett fungerande samarbete med patienten. Förutsättningen för ett gott samarbete är att det finns kontinuitet i vården. Hur kontinuitet bör se ut är svårt att säga men ett första steg är att studera hur kontinuiteten ser ut på olika enheter i dagens sjukvård.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka kontinuiteten mellan patient och patientansvarig sjuksköterska inom två olika kirurgiska organisationer.

METOD

Studien genomfördes på två vårdenheter inom olika kirurgiska vårdorganisationer. Den ena vårdenheten bedrev akut korttidsvård dygnet runt och den andra vårdenheten bedrev planerad veckovård dygnet runt,

måndag till fredag. En retrospektiv journalgranskningsmetod användes för att undersöka hur många patientansvariga sjuksköterskor en patient mötte per vårdtillfälle.

URVAL

Då det är svårt att beräkna hur många journaler som krävs för att ge en säker bild av enheternas kontinuitet ansågs cirka 50 patientjournaler per vårdenhets ge en god uppfattning. Medelvårdtid för båda enheterna var cirka tre dygn. Inget speciellt avseende togs till patientens kön, nationalitet, diagnos, ålder eller övriga parametrar. För att spegla verksamheternas normala kontinuitet valdes fyra representativa månader per år ut. Månaderna utgjordes av oktober, september, mars och februari och journalerna valdes konsekutivt retrospektivt från 31 oktober 2014.

Inklusionskriterier

- Patienten ska vara utskriven och endast vårdad på en av ovan beskrivna organisationer.
- Patienterna ska ha vårdats 3 dygn \pm ett halvt dygn.
- Både ankomstsamtal och vårdtidssammanfattning måste finnas dokumenterat i den granskade journalen.

Exklusionskriterier

- Patienter med tillstötande komplikationer som krävde specialistvård.
- Patienter som under det granskade vårdtillfället var fysiskt frånvarande från den kirurgiska enheten längre än ett helt arbetspass.
- Om det inte gick att få fram uppgift om vem som varit patientens ansvariga sjuksköterska för varje arbetspass.

Vårdorganisation och studiemiljö

Organisationerna representerade två ytterligheter inom kirurgin i avseende planerad eller akut, liten eller stor enhet och fasta eller individuella scheman. Arbetspassen på de två kirurgiska organisationerna som undersöktes var organiserade på likartat sätt. Varje dygn var indelat i tre arbetspass. En patientansvarig sjuksköterska per arbetspass. Arbetspassen var dag-, kvälls- och nattarbetspass. Varje enskild undersökt patient kunde som minst träffa tre patientansvariga sjuksköterskor under sin vårdtid och som mest 12.

	Vårdenhet Ort	Vårdenhet KAVA
Inriktning	Planerad kirurgi, urologi, ortopedi	Akut kirurgi, urologi
Antal vårdplatser	14	24
Öppettider (dygnet runt)	måndag-fredag	öppet alla dagar i veckan
Antal sjuksköterskor	10	23
Könsfördelning sjuksköterskor	Alla kvinnor	3 män och 20 kvinnor
Schemaläggning	Fast schema	Individuell schemaplanering
Antal år i yrket-sjuksköterskor	3,5 år till 36 år	7 månader till 38 år
Bemanningsstal	0,71	0,96

Tabell 1: Studiemiljö för Vårdenhet Ort och Vårdenhet KAVA

Vårdenhet ortopedi (Ort)

Innan vårdtillfället inleddes genomfördes ankomstsamtalet med patienten av en sjuksköterska från vårdavdelningen eller en planeringssjuksköterska. På den planerade ortopediska vårdavdelningen var större ledkirurgi vanligast.

Vårdenhet kirurgisk akutsvårdsavdelning (KAVA)

KAVA vårdade patienter som lades in akut från akutmottagningen. På KAVA förekom många olika diagnoser inom det kirurgiska området. Personalen på vårdenhet KAVA arbetade helgpas som var lägre bemannade än vardagar.

DATAINSAMLING

Kontinuiteten mellan patientansvarig sjuksköterska och hens patient studerades på grund av att den patientansvariga sjuksköterskan var den person som förde patientens talan och var med och utformade patientens vård och vårdplan. Ett journalgranskningsprotokoll konstruerades och användes i journalgranskningen (bilaga 1). Varje patientjournal granskades utifrån dokumentationen i patientjournalprogrammet Melior, främst i läkemedelsmodulen, där ansvarig sjuksköterska som ansvarade för patienten under varje arbetspass följdes. På den planerade kirurgiska vårdenheten räknades det i förväg gjorda ankomstsamtalet som ett arbetspass.

DATAANALYS

Författarna valde en retrospektiv analysmetod för att undvika att författarna medvetet eller omedvetet skulle påverka studien. Författarna fann denna analysmetod starkare än en prospektiv som också övervägdes. Vårdtiderna skiljde sig åt på de två vårdenheterna vilket gjorde att det inte räckte att

beskriva antalet ansvariga sjuksköterskor per vårdtillfälle. En kontinuitetsfaktor konstruerades som utgjordes av antalet ansvariga

$$K = \frac{s}{a}$$

K= Kontinuitetsfaktor

s= antal patientansvariga sjuksköterskor

a= antal arbetspass

Figur 1: Formel för kontinuitetsfaktor

sjuksköterskor per patient dividerat med antalet arbetspass under vilka patienten vårdades (Figur 1). Kontinuitetsfaktorn beräknades för att jämföra patienter med olika vårdtidslängd på de två vårdenheter och ändå få ett rättvisande jämförelsetal. I studien kunde kontinuitetsfaktorn variera mellan värdena 0,25 och 1,0. Minsta möjliga antal patientansvariga sjuksköterskor per vårdtillfälle var tre dividerat med antalet arbetspass inom undersökt vårdtillfälle, vilket i vår studie kunde variera mellan 8 till 12 arbetspass. Det här gav de lägsta möjliga kontinuitetsfaktorvärdena på 0,25, 0,27, 0,30, 0,33 och 0,375 och det representerade den högsta kontinuitet som kunde uppmätas i studien för varje givet antal arbetspass. Sämst kontinuitet erhöles om antalet ansvariga sjuksköterskor var lika många som antalet arbetspass. Det vill säga, en ny patientansvarig sjuksköterska per arbetspass och patienten fick då aldrig träffa samma patientansvariga sjuksköterska två gånger. Ju lägre värde på kontinuitetsfaktorn desto bättre kontinuitet i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien var ett led i en kvalitetsgranskning av de undersökta kirurgiska organisationerna och följer forskningsetiska principer (CODEX, 2015). Patienterna behövde inte informeras eller ge sitt samtycke då studien enbart undersökte antalet patientansvariga sjuksköterskor genom retrospektiv journalgranskning. Tillstånd för journalgranskning gavs av berörda verksamhetschefer. God kontinuitet i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient leder till en bättre relation mellan parterna och som i sin tur ger en mer aktivt deltagande patient. Det här leder till att patienten känner sig tryggare och mer insatt i sin vård såsom den nya patientlagen föreskriver (SFS 2014:821).

RESULTAT

Varje granskad journal beskrevs i texten nedan som ett vårdtillfälle för en patient.

Tabell 2: Sammanställning av studiens etthundra granskade journaler om kontinuitet i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient.

	Ort	KAVA
Antal undersökta patientjournaler	50 st.	50 st.
Antal kvinnliga patienter	30 st.	24 st.
Antal manliga patienter	20 st.	26 st.
Yngsta patient i urvalet	38 år	19 år
Äldsta patient i urvalet	84 år	102 år
Medelålder för urvalet	68,4 år	65,1 år
Medianålder för urvalet	71 år	70,5 år
Mellan vilka datum som urvalet vårdades på enheten	141030-120920	141030-140203
Medelvårdtid	78,06 h	71,39 h

Antalet patientansvariga sjuksköterskor kunde aldrig understiga tre då sjuksköterskorna på båda vårdenheterna var organiserade i dag-, kvälls- och nattpass. På vårdenhet Ort var fyra patientansvariga sjuksköterskor minimum och åtta patientansvariga sjuksköterskor maximum vid de undersökta vårdtillfällena (Diagram 1). Medelvärdet för antalet patientansvariga sjuksköterskor per vårdtillfälle på Vårdenhet Ort var 5,86 stycken.

I de femtio undersökta patientjournalerna på vårdenhet KAVA var tre stycken patientansvariga sjuksköterskor minimum och sju stycken patientansvariga sjuksköterskor maximum vid de undersökta vårdtillfällena (Diagram 2). Medelvärdet för antalet patientansvariga sjuksköterskor per vårdtillfälle på KAVA var 5,52 stycken.

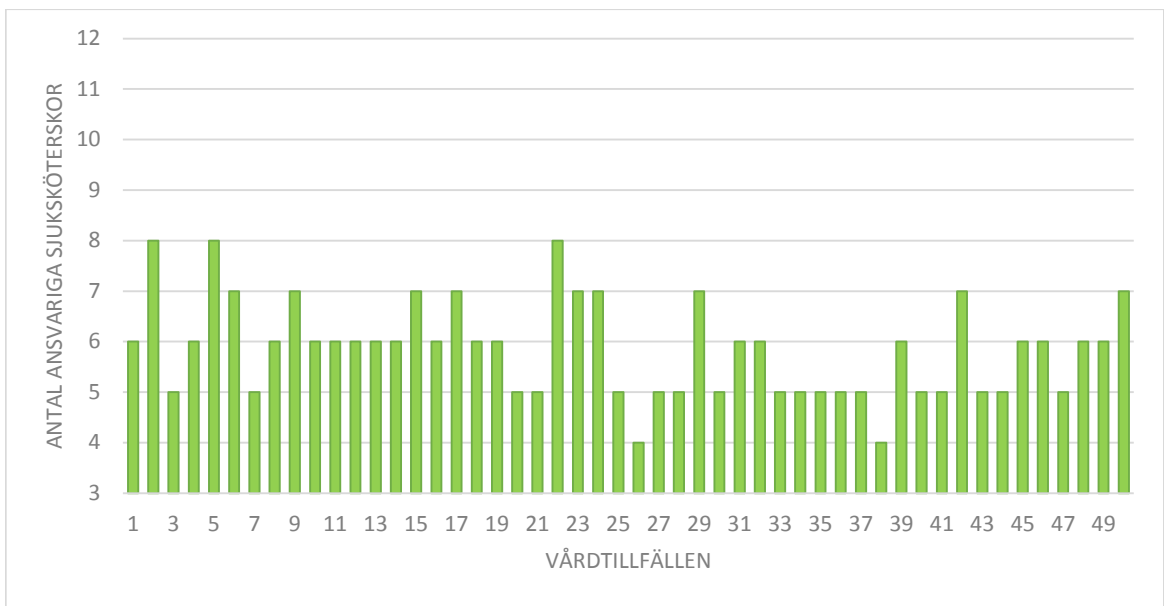
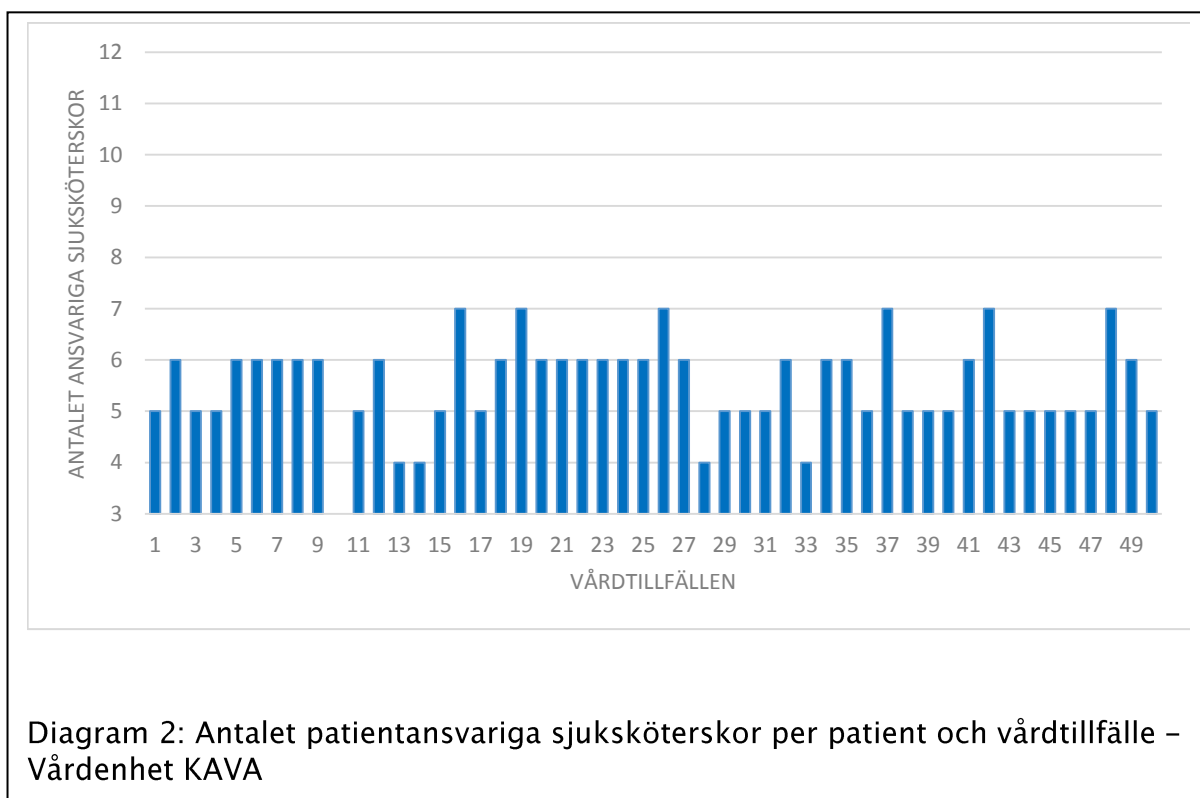


Diagram 1: Antalet patientansvariga sjuksköterskor per patient och vårdtillfälle – Vårdenhet Ort



KAVA hade ett lägre medelvärde än Vårdenhet Ort vilket talade för en bättre kontinuitet av antalet patientansvariga sjuksköterskor per patient än vårdenhet Ort men siffrorna var missvisande på grund av att vårdtidens längd varierade mellan 60 till 84 timmar. För att kunna jämföra patienter med korta respektive långa vårdtillfällen inom vårdtidsintervallet var det nödvändigt att titta på antalet arbetspass per vårdtillfälle. Antalet arbetspass berättar inte hur långt vårdtillfället var i timmar utan hur många påbörjade arbetspass patienten hade varit ineliggande. I diagram 3 ser man tydligt att vårdenhet Ort hade en jämnare vårdlängd i urvalet än den akuta KAVA organisationen.

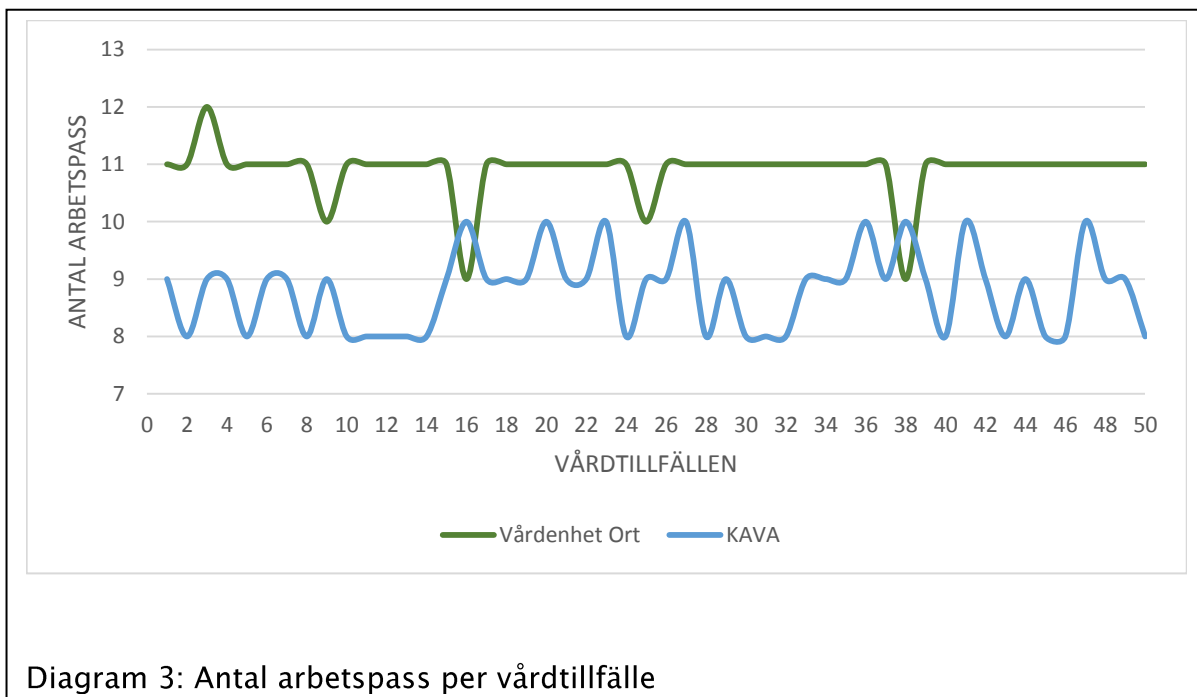


Diagram 3: Antal arbetspass per vårdtillfälle

Kontinuitetsfaktor

Trots att vårdenhet Ort hade längre vårdtillfällen och fler arbetspass per vårdtillfälle hade de en högre kontinuitet. Kontinuitetsfaktorn för vårdenhet Ort för samtliga vårdtillfällen redovisas i diagram 4. Den sämsta kontinuiteten var 0,73 och återfanns i tre vårdtillfällen och den bästa kontinuiteten återfanns i vårdtillfälle 26 som hade en kontinuitetsfaktor på 0,36. Värdet var det lägsta kontinuitetsfaktorvärde som uppmätts i studien. Optimal kontinuitet uppnåddes dock inte då vårdtillfälle 26 utgörs av 4 patientansvariga sjuksköterskor under 11 arbetspass och inte optimala 3 patientansvariga sjuksköterskor.

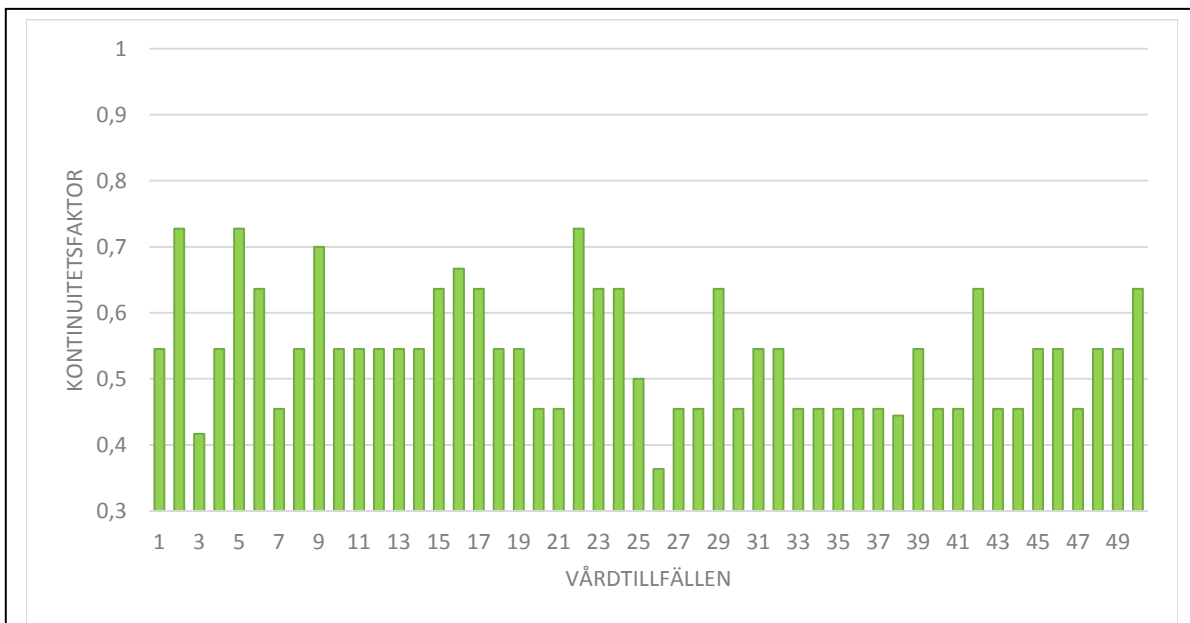


Diagram 4: Kontinuitetsfaktor för vårdenhet Ort

Fem vårdtillfällen på vårdenhet KAVA hade en kontinuitetsfaktor på 0,78 som visade den sämsta kontinuiteten i studien. Vårdenhet KAVA hade även den absolut bästa kontinuiteten i studien i vårdtillfälle 10. Kontinuitetsvärdet för vårdtillfälle 10 var 0,375. Patienten vårdades under 8 arbetspass och mötte 3 patientansvariga sjuksköterskor. $3 \text{ dividerat med } 8 = 0,375 =$ Optimal kontinuitet. Kontinuitetsfaktorn för KAVA för samtliga vårdtillfällen redovisas i diagram 5. Endast ett av hundra granskade vårdtillfällen i studien kunde uppvisa optimal kontinuitet.

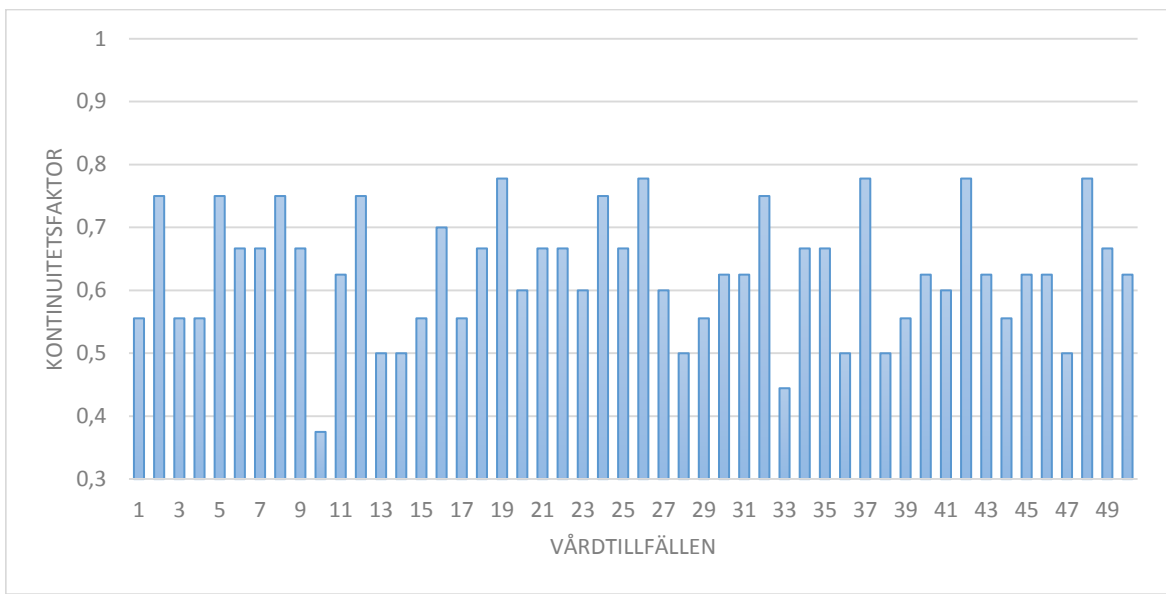


Diagram 5: Kontinuitetsfaktor för Vårdenhet KAVA

Medelvärdet för de två kirurgiska organisationernas kontinuitetsvärde beräknades och jämfördes, vilket redovisas i Diagram 6.

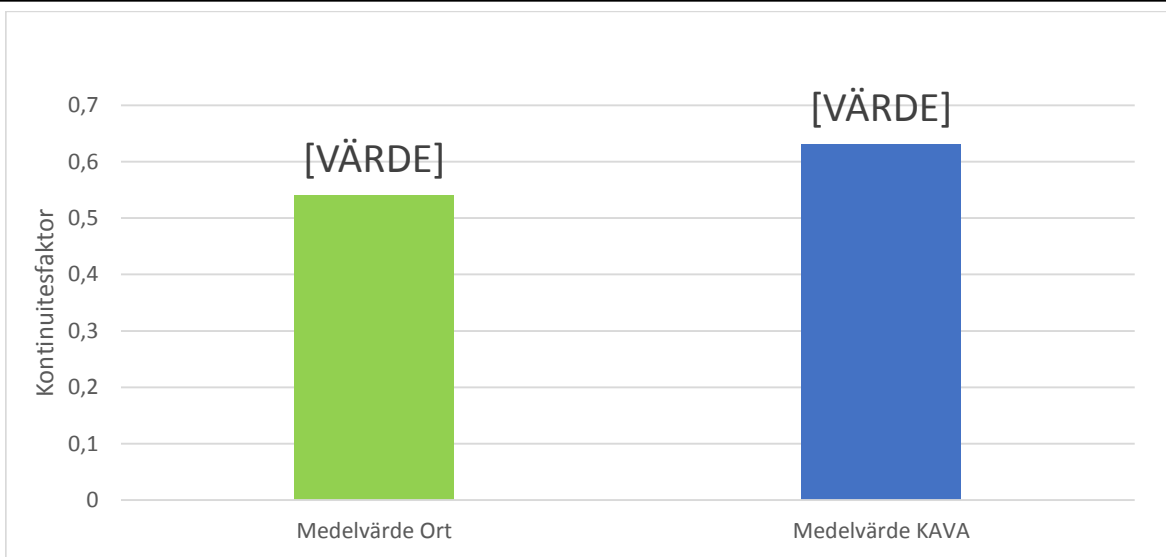


Diagram 6: Medelvärdet av kontinuitetsfaktorn

Medelvärdet av kontinuitetsfaktorn för de två organisationerna visade att vårdenhet Ort hade ett lägre medelvärde än KAVA, vilket betydde att

vårdenhet Ort hade en bättre kontinuitet i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient. Av de 100 granskade patientjournalerna mötte 99 stycken patienter en eller flera patientansvariga sjuksköterskor som endast arbetade ett enkelpass under vårdtillfället.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka kontinuiteten mellan patientansvarig sjuksköterska och patient inom två olika kirurgiska organisationer. En kvantitativ studiedesign valdes för att studien kartlade området kontinuitet utan djupare statistisk analys. En kvantitativ metod överensstämde med det syftet hade för avsikt att undersöka (Henricson, 2012).

Styrkan med den valda studiedesignen var att alla patienter som vårdats på en av de undersökta kirurgiska organisationerna med en vårdtid på tre dygn ingick i studien. Den önskade informationen fanns redan tillgänglig i patientjournalerna. I datainsamlingen underlättade journalgranskningen av författarnas kunskap om organisationerna journalgranskningen. Författarnas påverkan minimerades genom granskning av avslutade vårdtillfällen. En retrospektiv journalgranskning valdes då tiden för genomförandet av studien var begränsad. Vårdtiden på tre dygn valdes med hänsyn till att medelvårdtiden på de två undersökta kirurgiska organisationerna var tre dygn.

En svaghet med metoden var att studien uttalade sig om en ytterst begränsad del av kontinuiteten, mellan patientansvarig sjuksköterska och patient. Studien var begränsad till att endast mäta patientansvarig sjuksköterska och inte räkna alla de vårdare som patienten mötte. Studien undersökte inte kvaliteten på relationen mellan patientansvarig sjuksköterska och patient utan endast om det fanns förutsättningar och möjligheter för möten. I journalgranskningen samlades patientansvariga sjuksköterskors signaturer in främst från läkemedelsmodulen i Melior. Det kan inte uteslutas att eventuella sjuksköterskesignaturer signerats av en icke patientansvarig sjuksköterska. I granskningsprotokollet samlades mer information in än vad studien krävde. Ett mer avgränsat granskningsprotokoll hade varit tillräckligt.

Under datainsamlingen blev det uppenbart att mäta antalet patientansvariga sjuksköterskor som patienten mötte inte var tillräckligt då vårdtillfällenas längd varierade. Kontinuitetsfaktorn konstruerades för att rättvist kunna jämföra de olika vårdtillfällen. I litteraturen återfinns internationellt erkända beräkningar för att mäta kontinuitet, till exempel, Continuity of Care Index

(COC) som beskrivs av Bice och Boxerman (1977). För den här avgränsade studien fann författarna det inte lämpligt att använda ett sådant index men vid framtida studier av kontinuitet vore ett sådant internationellt index troligen att föredra.

RESULTATDISKUSSION

Målet med studien var att undersöka kontinuiteten mellan patientansvarig sjuksköterska och patient på två olika kirurgiska organisationer.

De studerade kirurgiska organisationerna representerade två ytterligheter avseende planerad och akut, liten och stor enhet och fasta och individuella arbetsscheman. Resultaten visade tydligt att den planerade Ort enheten hade stor likformighet i både vårdtidslängd och diagnos medan vårdenhet KAVA hade större variationer (Diagram 3). De små variationerna på den planerade Ort enheten förklarades av att patientgruppen var planerad och att underlaget till stor del byggde på samma diagnoser och operativa ingrepp. KAVA däremot hade ett större flöde och en bredare variation i patientunderlag och diagnoser.

För att kunna uttala oss något om bättre eller sämre kontinuitet i resultaten delades det uppmätta och undersökta kontinuitetsintervallet upp i en bättre och sämre halva för varje vårdtillfälle (Figur 2). Kontinuitetsintervallet spänner från sämsta tänkbara kontinuitetsvärde som är siffran 1,0 till det optimala kontinuitetsfaktorvärdet för det givna vårdtillfället (0,25 för 8 arbetspass, 0,27 för 9 arbetspass, 0,30 för 10 arbetspass, 0,33 för 11 arbetspass och 0,375 för 12 arbetspass). Gränsen mellan bättre och sämre kontinuitet, som markeras med den svarta linjen i Figur 2, utgjordes av värdena 0,625 för 8 arbetspass, 0,635 för 9 arbetspass, 0,65 för 10 arbetspass, 0,665 för 11 arbetspass och 0,6875 för 12 arbetspass. Då vårdenhet Ort inte hade något vårdtillfälle med 8 arbetspass blev medelvärdet av gränsvärdena 0,659375 $((0,635+0,65+0,665+0,6875)/4=0,659375)$. Vårdenhet Ort kunde påvisa ett medelvärde för kontinuitetsfaktor som låg på den bättre kontinuitetshalvan. Kontinuitetsfaktormedelvärdet för vårdenhet Ort var 0,54 (Diagram 6). Vårdenhet KAVA hade inga vårdtillfällen som var 11 eller 12 arbetspass långa i studien. Medelvärdet av gränsvärdena var 0,6366 $((0,625+0,635+0,65)/3=0,6366)$. Vårdenhet KAVA hamnade således precis på gränsen mellan bättre och sämre kontinuitet. Kontinuitetsfaktormedelvärdet för Vårdenhet KAVA var 0,63 (Diagram 6).

Figur 2: Kontinuitetsfaktorintervall med indelning av bättre och sämre halva.

Vi anser dock att båda organisationernas resultat har stor förbättringspotential och att resultatet inte är tillfredställande. Vi anser att om kontinuitetsfrågan i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient gavs en högre dignitet skulle värdena i resultatet relativt enkelt kunna förbättras. Patientansvariga sjuksköterskors enkelpass hos patienter skulle kunna minskas rejält. Att de undersökta organisationerna ändå uppvisade ett så pass gott resultat tror vi beror på att de är stabila och omtyckta arbetsplatser med vårdpersonal som arbetat där under lång tid.

Konsekvenser av låg kontinuitet för patienter

I tidigare studier har patienter uttalat sig om att delaktighet och kontinuitet har förhindrats när de mött nya ansikten hela tiden (Larsson, 2008 & Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos, 2011). I den här studien synliggörs det att patienterna träffar många olika patientansvariga sjuksköterskor vilket inte gynnar patientdelaktighet och kontinuitet i vården. Haggerty et al. (2003) hävdar att vården måste vara sammanhängande och enhetlig för att patienter ska uppleva att det finns tid för möten med vårdpersonalen och att kontinuitet existerar i vården. I en studie av Berglund, Westin, Svanström och Johansson Sundler (2012) som beskriver att då ett holistiskt, sammanhängande, enhetligt och patientcentrerat perspektiv inte används så blir patienter lidande. Patienterna känner sig felbehandlade, maktlösa, splittrade, objektifierade och upplever att de får kämpa för att få sina vårdbehov tillgodosedda.

Konsekvenser av låg kontinuitet för sjuksköterskor

Ekman et al. (2011) poängterar vikten av att se och lära känna personen bakom sjukdomen för att kunna engagera personen som en aktiv partner i sin egen vård och behandling. För att uppnå en god relation krävs tid och flera möten vilket den här studien visar att de undersökta kirurgiska organisationerna brister i.

Bemanningen var lägre under kvälls- och nattpass, vilket begränsade sjuksköterskans tid hos patienten. Dagarbetspassen däremot begränsade sjuksköterskans tid hos patienten av andra anledningar som exempelvis rond, telefonsamtal och undersökningar som patienten skulle transporteras till. Resultaten visade att vårdenhet Ort med fasta scheman för sjuksköterskornas arbetstid hade bättre kontinuitet än vårdenhet KAVA där sjuksköterskorna lade individuella scheman. Därmed inte sagt att fasta scheman ger bättre kontinuitet då båda vårdenheterna låg nära gränsen för sämre kontinuitet. Resultaten kunde lika gärna bero på vårdenheternas olika storlek. Studier har visat att sjuksköterskor anser att schemaläggning är ett hinder för kontinuitet (Sahlsten et al., 2005b). Sjukvården bör fundera över hur arbetstidsförläggningen ska utformas i framtiden för att uppnå bättre kontinuitet i mötet mellan patient och vårdare. Kanske ska framtidens vårdpersonalscheman utformas efter hur patienterna rör sig genom vårdkedjan. Att 99 av 100 granskade vårdtillfällen visade att patienten hade en eller flera patientansvariga sjuksköterskor som endast arbetade ett enkelpass är förkastligt och här finns potential till förbättring i framtiden.

Kontinuitet i och mellan vårdkontakter och vårdinstanser

Studien undersöker endast kontinuiteten mellan patientansvarig sjuksköterska och patient på en kirurgisk vårdavdelning under tre dygn. Därför går det inte att uttala sig om kontinuiteten i och mellan vårdkontakter och vårdinstanser utifrån resultaten i studien.

Kontinuitet mellan vårdare och patient

Flera forskare (Bernstein & Zander, 1981 & Dahlberg & Aune, 2013) konstaterar att god relationskontinuitet ger tryggare, nöjdare och stärkta patienter. Även sjuksköterskorna upplever sig stärkta i sin profession. Både sjuksköterska och patient uppnår empowerment genom en god relationskontinuitet. Kontinuiteten i det mänskliga mötet påverkar vilken relation som utvecklas mellan patient och patientansvarig sjuksköterska. Resultaten i föreliggande studie visar tydligt att kontinuiteten brister och att relationskontinuitet har svårt att utvecklas. Patienter som inte får möjlighet att utveckla en relation med vårdpersonal kan i större utsträckning känna sig osäkra, till exempel, om hur de ska ta sin medicin och agera vid nya symtom. De saknar tillit och trygghet i att ställa frågor, uttrycka sina önsningar och farhågor i samspelet med vårdpersonal. Det här motsäger

vad Patientlagen (SFS 2014:821) skriver om en mer deltagande och engagerad patient.

Studien har undersökt hur ofta patienten har fått möta samma patientansvariga sjuksköterska under sin vårdtid. Endast en patient av hundra uppnådde optimal kontinuitet. Enligt Socialstyrelsen (2009b) bör största möjliga kontinuitet i kontakter och information eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Det förutsätter i sin tur en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att hen ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling. Utifrån studiens resultat blir det svårt att uppfylla Socialstyrelsens mål (2009b).

SLUTSATS

Tidigare forskning visar att kontinuitet är grunden för att sjukvården ska etablera en god kontakt med patienter som söker vård. Relationen mellan vårdare och patient är en viktig del. Kieffer (1984) beskriver relationen som den utvecklande process där varje partnerskap, när ny kunskap och färdighet har uppnåtts, leder till att patienten uppnår en deltagande kompetens. Den här deltagande kompetensen utvecklar patientens känsla av makt och förmåga, som är kärnan i begreppet empowerment. Utan kontinuitet i vården kommer patienterna ha svårare att uppnå empowerment och utan empowerment kan inte patienten bli den deltagande och engagerade patient som patientlagen (SFS 2014:821) föreskriver. Studiens resultat visar att det finns kontinuitet i mötet mellan patientansvarig sjuksköterska och patient inom de båda kirurgiska organisationerna. Resultaten uppvisar dock brister då 99 av 100 undersökta vårdtillfällen hade en eller flera patientansvariga sjuksköterskor som endast vårdade patienten ett enda arbetspass. Endast ett vårdtillfälle av hundra hade optimal kontinuitet. Här finns potential för förbättring. Vi anser att med relativt enkla medel i schemaläggning, i att diskutera kontinuitet i arbetsgrupper och att förändra förhållningssätt kan kontinuiteten kraftigt förbättras. Tonvikten bör ligga på patienten och inte på organisationsstrukturen. Om hälso- och sjukvårdsorganisationen inte lyckas involvera och engagera patienten i sin egen vård så kommer patientsäkerheten att äventyras. Framtidens stora utmaning för sjukvården ligger i att motivera patienten och närstående till ökat inflytande och till att påverka sin egen vård. Även förändringar i hälso- och sjukvårdens ledning och organisation måste införlivas och nya arbetssätt utvecklas där patienten har större inflytande och makt som till exempel vid personcentrerad vård. Större vikt måste läggas vid det mänskliga mötet mellan patient och vårdare. Där läggs grunden för att få en aktiv och deltagande patient. Ekman et al.

(2011) poängterar att dagens hälso- och sjukvårdspersonal måste övertygas om att de inte redan har patienten i centrum utan att arbetssättet måste förändras till ett mer personcentrerat fokus där patientberättelsen, det delade beslutsfattandet och dokumentationen om personens upplevelser, känslor, vilja och preferenser prioriteras. Medicinska uppgifter om patienten är inte viktigare än personliga fakta. Kontinuitet är förutsättningen för ett gott samarbete i vården.

REFERENSER

Axelsson, R. (2000). The organizational pendulum. Healthcare management in Sweden 1865–1998. *Scandinavian Journal of Public Health*. 28, 47–53.

Bernstein, S., Zander, K. (1981). Continuity of Care. A Patient-Centered Model. *General Hospital Psychiatry* 3, 59–63.

Berglund, M., Westin, L., Svanström, R. & Johansson Sundler, A. (2012). Suffering caused by care – Patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 7. 1–9.

Bice, T.W. & Boxerman, S. B. (1977). A Quantitative Measure of Continuity of Care. *Medical Care* 15, 347–349.

Carlsson, E., Ehnfors, M., Eldh, A. C. & Ehrenberg, A. (2011). Accuracy and continuity in discharge information for patients with eating difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing* 21, 21–31. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03648.x

Carlström, E. & Olsson, L-E. (2014). The association between subcultures and resistance to change – in a Swedish hospital clinic. *Journal of Health Organization and Management*. 28(4) 458–476. doi: 10.1108/JHOM-09-2012-0184

CODEX. (2015). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtad 2015-03-27 från <http://codex.vr.se/index.shtml>

Courtney, R., Ballard, E., Fauver, S., Gariota, M. & Holland, L. (1996). The partnership model: working with individuals, families and communities toward a new vision of health. *Public Health Nursing* 13, 177–186.

Dahlberg, U. & Aune, I. (2013). The woman's birth experience – The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 29, 407–415.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10(2011), 248–251.

Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Förenade Nationerna (FN) (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad 15-03-11 från <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/>

Gallant, M.H., Beaulieu, M.C. & Carnevale, F.A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2), 149–157. doi/10.1046/j.1365–2648.2002.02357.x

Gjevjon, E.R., Eika, K.H., Romøren, T.I. & Landmark, B.F. (2013). Measuring interpersonal continuity in high–frequency home healthcare services. *Journal of Advanced Nursing* 70(3), 553–563 doi:10.1111/jan.12214

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Journal of Medicine*, 327, 1219–21
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Health Services* 3, 9–36.

Kiessling, T. & Kjellgren, K.I. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden* 24(4), 31–35.

Lafferty, J., Rankin, F., Duffy, C., Kearney, P., Doherty, E., McMenamin, M. & Coates, V. (2011). Continuity of care of women with breast cancer: A survey of views and experiences of patients, carers and health care professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 419–427.

Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. (Doktorsavhandling, ISBN:978–91–628–7410–0). Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Segesten, K. & Plos, K.A.E. (2011). Patients' perception of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(3), 575–582.
Doi:10.1111/j.1471–6712.2010.00866.x

Luker, K. A., Austin, L., Caress, A. & Hallett, C.E. (2000). The importance of "knowing the patient": community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 775–782.

Nationalencyklopedin [NE]. (2015). *Kontinuitet*. Hämtad 2015-03-09 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kontinuitet>

Nationalencyklopedin [NE]. (2015). *Empowerment*. Hämtad 2015-03-11 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/empowerment>

Pandhi, N., Schumacher, J., Flynn, K. & Smith, M. (2008). Patients' perceptions of safety if interpersonal continuity of care were to be disrupted. *Health Expectations* 11(4), 400-408. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00503.x

Roberts, S.J., Krouse, H.J. & Michaud, P. (1995) Negotiated and non-negotiated nurse-patient interactions. *Clinical Nursing Research* 4, 67-77.

Sahlsten, M., (2007). *Ömsesidighet i förhandling: sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet*. (Doctoral thesis ISBN: 978-91-628-7166-6) Institution of Health Care Sciences, Sahlgrenska Academy. Acta Universitatis Gothoburgensis. Hämtad 2014-10-06 från <http://hdl.handle.net/2077/9689>

Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C. & Plos, K. (2005a). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 35-42.

Sahlsten, M., Larsson, I., Plos, K. & Lindencrona, C. (2005b). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 223-229. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00336.x

Van Servellen, G., Fongwa, M. & D'Errico, E.M. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing and Health Sciences*, 8, 185-195. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2006.00278.x

SFS 2014:821. *Patientlag* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15-03-05 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Svenska Akademiens Ordlista [SAOL]. (2015). *Kontinuitet*. Hämtad 2015-03-09 från http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista

Socialstyrelsen (2009a). Utmaningar för svensk hälso- och sjukvård inför 2010-talet. Hämtad 2015-02-25 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126->

[72/Documents/Utmaningar%20f%C3%B6r%20svensk%20h%C3%A4lsa-%20och%20sjukv%C3%A5rd%20inf%C3%B6r%202010%20talet.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf)

Socialstyrelsen (2009b). Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella Riktlinjer. Hämtad 2015-03-27

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Artikelnummer 2012-1-5. Hämtad 2014-10-08 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf>

Travelbee, J. (2001). *Mellommensklige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Ulin, K., Olsson, L-E., Wolf, A. & Ekman, I. (2015) Person-centred care –An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Published online before print February 3, 2015, doi: 10.1177/1474515115569945

Watson, J. (1993) *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Västra Götalandsregionen (2014). *Årsrapport 2014 Patientnämnderna Västra Götalandsregionen*. Hämtad 2015-03-09 från

<http://www.vgregion.se/upload/Patientn%C4mndernas%20kansli/%C5rsrapport%202014.pdf>

BILAGOR

Bilaga 1

Granskningsprotokoll

Avdelning:

Nr:

Kön M K

Ålder:

Vårdtid:

Antal timmar inskriven:

Granskare:

Datum då granskning
genomfördes:

KIR

ORT

UROL

Ev. Planerad pat. Inskrivning före vårdtillfället Datum:

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4
A				
C				
Natt				

Markera under vilket pass ankomstsamtal och information om avdelningen samt vårdtiden sker med gul understrykningspenna.

Markera under vilket pass information inför hemgång samt vårdtidssammanfattning sker med röd understyrkningspenna.

Blått kryss betyder att student varit delaktig under patientens vårdtillfälle.

Hur många ansvariga sjuksköterskor, ASSK, mötte patienten under sitt vårdtillfälle?

Vilken ASSK hade flest arbetspass dvs. störst kontinuitet med patienten?

Sign:

samt antal pass:

Om flera ASSK hade flest antal pass under pats vårdtid. Hur många ASSK?

Hur många pass vardera:

Signaturer:

Gjorde någon ASSK ett dubbelpass under vårdtiden?

Hur många ASSK gjorde endast 1 pass under patientens vårdtid?

Endast vårdad på KAVA/VE1 (bara en) :

Kontrollera utskrivande avdelning:

Kontinuitetsfaktor = $\frac{\text{Antal ASSK för patientens vårdtillfälle}}{\text{Antal pass under vårdtillfället}}$